Le Cardiologue

Supplément du n°284

REVUE DU SYNDICAT NATIONAL
DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

SPÉCIAL CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

► La nouvelle nomenclature applicable en cardiologie

SYNDICAT NATIONAL DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

SOMMAIRE - La nouvelle nomenclature applicable en cardiologie

Editorial
La Classification Commune des Actes Médicaux : évolution ou révolution ? P. 3

Pourquoi une CCAM "transitoire" et comment en est-on arrivé là ? P. 6

Comment tous les tarifs vont se retrouver à leur juste place....en 2008 P. 8

Comment se calcule désormais le prix d'un acte selon la CCAM ? P. 10

Comment coder en attendant le secours de l'informatique ? P. 11

Les chapitres 18 et 19, "grandes nouveautés" de la CCAM P. 16

Les dispositions générales transitoires de la CCAM et commentaires P. 17

Comment remplir les nouvelles feuilles de soins P. 20

A titre d'exemple, la codification des actes les plus couramment pratiqués P. 21

Nouveaux honoraires conventionnels de consultation au 1er juillet 2005 P. 22

Sommaire et mode d'emploi de la cotation en CCAM P. 25

Les tableaux de la cotation en CCAM P. 26

Le Cardiologue

Revue du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

ÉDITEUR
Cardiologue Presse
13 rue Niepce
75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76
Fax : 01.45.43.08.10

Président et Directeur de la publication
Dr Serge Rabenou

RÉDACTION
Rédacteur en chef
Dr Gérard Jullien
Rubrique nomenclature
Dr Vincent Guillot

ÉDITEUR DÉLÉGUÉ
Régifax
45-47, rue d'Hauteville, 75010 Paris
Tél. : 01.47.70.00.96
Fax : 01.48.24.14.97
Directeur
Renaud Samakh

Publicité
François Bondu

Conception et réalisation maquette
Karine Augis

RESPONSABLE DE LA STRATÉGIE
Dr Alain Sebaoun

SNPM
Syndicat National de la Presse Médicale et des professions de santé

Publication réservée au corps médical
Impression : Imprimerie Landais
93160 Noisy-le-Grand
Dépôt légal : à parution
Commission paritaire
N° 0104 G 81182

EDITORIAL

La Classification Commune des Actes Médicaux : évolution ou révolution ?

Dr Christian Aviérinos, Président du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Ce devait être le chantier du siècle, mieux, une véritable révolution culturelle qui allait renvoyer aux oubliettes de l'histoire notre vieille NGAP injuste, obsolète et approximative.

Cette CCAM, que ses concepteurs qualifient sans hésitation d'instrument "précis, équitable et évolutif ", va-t-elle à ce point bouleverser en profondeur notre exercice quotidien dans le sens d'une meilleure harmonisation et d'une plus grande équité ?

L'avenir nous le dira.

Certes, l'idée de dissocier pour un acte technique sa partie médicale - définie et hiérarchisée de façon experte - de sa partie purement financière - l'honoraire final résultant de l'association de ces deux composantes - était plutôt séduisante. Et la multiplication et la précision des libellés (7 200 actes décrits contre 1 600 dans la NGAP), tous assortis d'un code à 7 caractères devaient permettre aux médecins de savoir enfin ce qu'ils font et aux organismes payeurs de connaître avec certitude la nature des actes facturés par les praticiens…

Mais très vite, à l'euphorie initiale succédait un scepticisme poli, doublé d'une inquiétude croissante au fur et à mesure de l'avancement des travaux et de la publication des premières simulations tarifaires.

Dès l'année 2002, la baisse des honoraires en médecine cardiovasculaire était estimée à10 %, chiffre contesté par l'Assurance Maladie au titre du sacro-saint secret (de polichinelle) de la valeur du facteur de conversion monétaire, facteur qui permet de transformer des coefficients en tarifs. Cette baisse de nos honoraires fut pourtant confirmée par la suite et la profession dut organiser rapidement la contestation.

En effet, même si la méthodologie utilisée n'est guère critiquable les écueils et les erreurs potentielles d'appréciation ne manquent pas :

- les 4 critères pour hiérarchiser les actes au sein d'une même spécialité (durée, compétence technique, stress et effort mental) sont-ils vraiment faciles à mesurer ?
Si oui, comment admettre par exemple qu'une coronarographie, si elle précède une angioplastie, ne majore la durée de cette dernière que de 5 mn par rapport à une ACT isolée ? C'est pourtant ce critère " durée " qui a été retenu au départ par l'instance d'expertise.

- La technique de hiérarchisation des actes entre les spécialités qui se fonde sur la notion d'actes liens et de "maximisation sous contraintes" est-elle vraiment infaillible ?
Autre exemple : peut-on croire que l'examen endoscopique de l'œsophage dure 5 mn de plus qu'une échographie transoesophagienne mérite de ce fait une bien meilleure cotation que cette dernière ?

✔ La détermination du coût de la pratique (variable avec chaque spécialité) est-elle suffisamment fiable pour éliminer toute situation paradoxale ? Si c'est le cas, comment comprendre que l'échographie vasculaire et l'échographie cardiaque ne " pèsent " pas le même poids de charges professionnelles, même si les deux actes sont effectués par la même personne, sur la même machine et dans le même cabinet ?

Si bien que le résultat final a de quoi surprendre tant il est homogène dans sa distribution :

✔ les spécialités chirurgicales ou para-chirurgicales (chirurgie générale, anesthésie, gynéco obstétrique, ORL, orthopédie..) ont été globalement revalorisées de même que la plupart des spécialités cliniques (dermatologie, pneumologie, allergologie).

✔ Les spécialités à forte composante technique telles la cardiologie, la gastro-entérologie, la radiologie se sont retrouvées pénalisées à des degrés divers

✔ Tandis que 4 disciplines (médecine nucléaire, radiothérapie, cardiologie et radiologie interventionnelles) voyaient leurs tarifs s'effondrer, effondrement qui mettait en danger la survie même de telles activités en secteur libéral.

Le syndicat se devait donc de réagir, après qu'une enquête sur les profils d'activité en cardiologie non invasive nous ait permis de projeter le retentissement des nouveaux tarifs sur notre activité globale.
Certes, les premières réunions contradictoires avec le pôle nomenclature et les experts du comité de pilotage ont permis de corriger les erreurs les plus flagrantes : c'est ainsi, par exemple, que l'échographie transoesophagienne et la réadaptation cardiaque ont pu être significativement revalorisées grâce à l'action syndicale.

De même, des corrections malheureusement très insuffisantes ont pu concerner quelques actes et libellés de cardiologie interventionnelle. Mais l'appréciation du coût de la pratique de cette discipline n'a pu être cernée à sa juste valeur malgré une enquête fiscale réalisée par le syndicat avec le plus grand soin.
La baisse des honoraires de cardiologie interventionnelle (évaluée à 25 % au moins) n'était ni justifiable, ni tolérable, comme l'ont d'ailleurs finalement admis les plus hauts responsables de l'Assurance Maladie.
Et c'est très justement que dans le cadre des accords conventionnels de janvier 2005, les parties signataires, sous la pression des syndicats de spécialités, ont décidé de livrer non pas une CCAM définitive, figée pour les vingt années à venir, mais une classification transitoire assortie de dispositions générales également provisoires avec :

✔ un maintien des tarifs des actes perdants en CCAM aux tarifs NGAP

✔ une revalorisation étagée des actes dits gagnants, le tiers de la somme étant acquis dès 2005

✔ la perspective d'une nouvelle étude concernant la cardiologie interventionnelle.

Depuis plus de 4 ans, le SNSMCV a consacré beaucoup de temps, de moyens et d'énergie à lutter pour que cette CCAM ne lèse pas les intérêts vitaux de la profession, dont personne, à notre connaissance, n'avait jamais signalé qu'elle avait été outrageusement favorisée par l'ancienne nomenclature.
Certes, les dangers ne sont pas tous écartés, loin s'en faut.
Mais nous avons aujourd'hui le sentiment du devoir accompli puisque, quel que soit son mode d'activité, aucun cardiologue ne devrait pâtir de cette nouvelle nomenclature dont l'essentiel des anomalies résiduelles a pu être corrigé grâce à notre vigilance dans la 2e version parue au J.O. du (date à venir).

En publiant cet ouvrage, nous avons souhaité faciliter la tâche de nos lecteurs qui trouveront facilement les tarifs des actes (partiellement) revalorisés et surtout une correspondance avec les tarifs NGAP qui ont disparu de la version officielle.

Bon courage et bonne lecture.

Remerciements

Ce numéro spécial n'aurait pu voir le jour sans la compétence et le dévouement de nos plus proches collaborateurs qui méritent tous nos remerciements pour l'aide qu'ils m'ont apportée à la réalisation de ce numéro spécial :

- Jean-Pol DURAND pour ses remarquables rubriques sur l'historique et les mécanismes de la CCAM,
- Vincent GUILLOT qui en a parfaitement décortiqué les nouvelles dispositions générales qui s'écartent, sur de multiples aspects, de celles de la NGAP,
- Annick LE BOHEC pour son inlassable travail de relecture et de contrôle acéré des versions successives parfois contradictoires qu'il a fallu valider, corriger et mettre en forme,
- et bien sûr Jean-François THEBAUT et Gérard JULLIEN qui ont coordonné l'essentiel de ce numéro.

Docteur Christian AVIERINOS.

Pourquoi une CCAM "transitoire" et comment en est-on arrivé là ?

Jean-Pol Durand

Avec la mise en oeuvre de la CCAM des actes techniques s'achève l'un des plus gigantesques chantiers de la vie conventionnelle jamais entamé depuis le début des années 1970, où furent inventées à la fois la Convention nationale et la NGAP. Au point -l'événement n'a pas été assez souligné- que de "périphérique" à la vie conventionnelle, la nomenclature en est devenue un axe central depuis la dernière Convention, publiée au JO du 11 février. Pourquoi en est-on arrivé là, comment et surtout pour quelles conséquences tangibles ? Aujourd'hui et demain ?

Pourquoi la CCAM ? Et pourquoi maintenant ? Petit rappel sémantique préalable : CCAM veut donc dire *"Classification Commune des Actes Médicaux"*. Et *"commune"* par opposition à la situation antérieure qui reconnaissait l'existence de deux nomenclatures d'actes médicaux :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), en usage en ville et en cliniques,

- et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) à l'hôpital, mis en oeuvre dans les années 90 sous l'urgence du déploiement du PMSI.

La décision de constituer une seule nomenclature ou un seul catalogue -en l'occurrence, on parle désormais de *"Classification commune"*- remonte au tout début des années 90 dans les couloirs du ministère où l'on sait (parfois) anticiper. Des hauts fonctionnaires particulièrement imaginatifs commençaient à explorer la perspective d'une tarification commune en ville et à l'hôpital. Ce chantier arrive lui-même à terme en ce mois de mars et la concomitance de temps est évidemment voulue. En un mot, toutes les parties prenantes au dossier s'accordaient sur l'urgence qu'il y avait de doter la profession médicale d'un instrument commun à toutes ses composantes.
La cardiologie libérale n'a pas à avoir de nostalgie de cette époque où ses représentants s'épuisaient à négocier l'introduction d'un acte à la NGAP avec les représentants des Caisses dans un premier temps, avec les administrations centrales dans la foulée. Elle peut certes en avoir d'une époque qui évoque la préhistoire conventionnelle avec l'anecdote, encore récemment rappelée par le Dr Bergogne, président honoraire du syndicat, où l'introduction d'un acte ou d'une technique -et donc sa tarification- se discutaient entre le président du syndicat et le médecin conseil national à table... mais de préférence dans un restaurant étoilé !... Les relations étaient généralement moins amènes lorsque, pour ne rappeler qu'un autre exemple, les mêmes médecins-conseils avaient conçu l'idée de rayer de l'arsenal diagnostique l'acte de phonomécano. Cet épisode fut l'occasion d'un bras de fer mémorable d'une dizaine d'années, finalement soldé dans l'honneur mutuel par la création de la CsC ! ... Mais ni l'improvisation ni la guérilla n'ont évidemment leur place en une époque où les actes ont vocation, dans une spécialité aussi évolutive que la cardiologie, à se succéder au rythme du progrès technique.

Revenons néanmoins encore une fois aux premières années de la décennie 90 et à la mise en place, à l'initiative de la CNAM, d'un pôle nomenclature en charge de la maîtrise d'ouvrage du chantier CCAM. Il n'y a pas grand-chose à dire de la méthode initiale déployée à l'époque. Ledit pôle avait convoqué en effet un certain nombre d'experts, dans toutes les disciplines, chargés de *"dire"* -et surtout d'*"écrire"*- l'état de l'art dans leur spécialité. Les sociétés savantes avaient été légitimement mobilisées pour cette partie du dossier. Leur degré d'implication fut divers, moins toutefois que leur capacité de solliciter des libéraux. Le résultat final, connu il y a quelques années seulement, continue d'alimenter les frustrations sinon les conflits.

La "commande" passée aux sociétés savantes consistait donc à décrire l'activité d'une discipline dans la multiplicité de ses actes. Le résultat établi aujourd'hui est basé sur la description de 7 200 actes classés par grands appareils mais, à la phase descriptive, s'en est ajoutée une autre de "hiérarchisation", source de polémiques. Comment s'est passée cette phase, inspirée des travaux du département de santé publique de l'Université de Harvard ? Les experts ont travaillé sur 4 critères "objectivables" de la pratique médicale : durée de l'acte, compétence technique requise, stress et effort mental. Chaque spécialité construisait sa hiérarchie interne (on dit hiérarchie *"intra-spécialité"*) par référence à un acte *"moyen"* arbitrairement coté 100...

Même si elle n'est pas exempte de travers, la méthode de calcul du travail médical recueille encore rétrospectivement une adhésion majoritaire. Il n'en va plus de même avec la phase de hiérarchisation *"inter-spécialités"* : ici la méthode retenue fut beaucoup plus complexe et, par construction,

contestable ; il s'agit de la méthode d'*"optimisation"* ou encore *"maximisation sous contrainte"*. Explications en trois temps :

1- Les experts de spécialités, réunis par "tandem" issu de deux spécialités différentes, déterminent une liste d'actes dits "liens", c'est-à-dire a priori "équivalents", chaque spécialité étant alors dotée d'un certain nombre d'actes-liens lui permettant d'être étalonnée par rapport à 3 ou 4 autres spécialités *"voisines"*.

2- De spécialité à spécialité, le jeu est alors de rapprocher les échelles sur la base des actes-liens de sorte d'aboutir à une *"échelle unique"*.

3- A la fin du processus seulement, chaque acte est ainsi caractérisé, dans chaque spécialité, par un score fondé sur le *"travail médical"* auquel s'ajoute un indice de coût de pratique, nous y revenons plus loin. Le jeu -et on le conçoit- étant d'éviter de retrouver une cinquantaine d'actes sous la seule cotation K50 !...

Pour les diverses spécialités, la difficulté s'ouvrait avec cette phase du processus car l'optimisation sous contrainte bouleversait les hiérarchies internes : un acte coté 100 en intra pouvant se retrouver à 80 ou… 120 en "inter-spécialités"... De ce moment commençait de se lever une contestation devant aboutir fin 2003 à la nomination d'un groupe d'arbitres ayant à connaître de toutes les contestations. Le Syndicat des cardiologues eut l'opportunité de soutenir devant lui la "re-hiérarchisation" de certains actes, avec bonheur pour quelques-uns, sans succès pour d'autres…

Il faut dire qu'entre temps la CCAM était entrée dans une zone de dépression cyclonique... Le débat sur la hiérarchisation du travail médical avait largement cédé la place au débat économique lié au calcul des charges de chaque spécialité. Le pôle nomenclature de la CNAM s'appuyait pour cette entreprise sur le concours méthodologique du CREDES (devenu depuis l'IRDES), institut certes spécialisé en économie de santé mais sous la coupe administrative et économique de la CNAM... On a fait mieux en termes d'indépendance... même si cette observation ne remet nullement en cause l'indépendance scientifique de ses chercheurs. Là encore, la contestation fut telle qu'il fallut ultérieurement demander à des économistes indépendants de valider la méthode et d'arbitrer les contentieux.

Plusieurs méthodes étaient au départ en concurrence : analyser acte par acte la nature et le poids des dépenses à engager - amortissement de matériel, loyer, charges personnelles, salaires du personnel... Une méthode de calcul "prospective" et théorique, opposée à la méthode consistant à analyser rétrospectivement le niveau de frais de chaque discipline. On peut penser qu'en optant finalement pour cette formule -d'autant qu'ils allèrent puiser leurs statistiques à la meilleure source : les impôts déclarés de l'année n-2- les responsables de l'époque pensaient se mettre à l'abri de toute contestation syndicale... C'est le contraire qui advint pour des questions de méthode aisément compréhensibles : se déclare "cardiologue" aussi bien un praticien d'exercice isolé semi-urbain que son confrère interventionnel d'une grande métropole.... Les niveaux de revenus et de charges respectives n'ont évidemment rien à voir ! Que veut dire une moyenne dans ces conditions ? D'autant que le différentiel s'avérait substantiel avec les statistiques dont dispose la profession sur la base des données CARMF ou AGA (Associations de Gestion Agréées).
La contestation de l'enquête fut unanime dans à peu près toutes les spécialités pour aboutir au gel du processus d'extension de la CCAM dans les spécialités les plus pénalisées par la CCAM : radiologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire, radiothérapie...

Au niveau de charge ainsi établi rétrospectivement, il convenait de donner une valeur contractuelle par "point-travail". On ne s'attardera pas sur le déroulement de cet épisode survenu dans le contexte assez conflictuel du début des années 2000 alors qu'on était encore loin d'apercevoir la "sortie de crise" intervenue depuis lors. Sinon pour considérer, avec recul, que la méthode requiert bien ce minimum de consensus entre la profession et ses interlocuteurs qui lui a tant fait défaut dans la phase liminaire.

Ce qu'il faut encore retenir de cette époque trouve sa traduction dans l'actualité immédiate : pour s'imposer à tous, la réforme ne devait faire aucune victime financière. C'est de cette époque que date ce parti pris -de nature purement politique- finalement mis en oeuvre sur la base d'un postulat contractuel connu sous l'aphorisme suivant : *"pas de spécialité collectivement perdante, ni d'acte individuellement perdant !"*

Avec deux conséquences actées dès cette époque : une spécialité qui, à l'instar de la radiologie, voyait ses pertes étagées entre -10 et -30 %, était destinée à être globalement *"épargnée"* tandis qu'une autre a priori *"gagnante"* à l'image de la chirurgie pouvait amorcer la pente des gains que lui autorisait la réforme. La situation est moins manichéenne en cardiologie où certains actes sont gagnants et d'autres perdants.

Comment tous les tarifs vont se retrouver à leur juste place ....en 2008

Jean-Pol Durand

Lorsque la profession organisée -soit à peu près l'unanimité des centrales représentatives- avait souscrit au principe (sinon à toutes les modalités) de la CCAM dans le décours des années 90, c'était avec l'arrière-pensée de se doter d'un instrument fiable pour aller à la négociation. Le résultat est dès aujourd'hui assez probant même s'il faudra trois exercices financiers pour "lisser" les différentiels de prix, "scories" de la réforme. Après 2008, toutes les spécialités profiteront uniformément de la même augmentation de tarifs.

Dans l'esprit des syndicalistes la fiabilité d'une nomenclature -CCAM ou autre- se mesure à l'aune de deux critères :

- le fait d'être assis sur une méthodologie opposable à toutes les parties... y compris le Gouvernement. Dans l'histoire de la NGAP, plus encore que dans celle de la Convention, les exemples abondent d'accords Caisses-médecins ayant achevé leur vie... dans les tiroirs d'un haut fonctionnaire d'une administration centrale. L'amertume en était d'autant plus forte que, le plus souvent, ces propositions au Gouvernement relevaient d'un accord technique et non politique comme il en va pour les honoraires. Le principe de la CCAM met théoriquement les futurs nouveaux actes à l'abri de ce genre de mésaventure.

- le fait de sortir des querelles inter-spécialistes... Au départ (il y a bien longtemps) était le K, voué à coter -en toute discrétion et, en tout cas, dans le "respect du secret médical"- tous les actes faisant peu ou prou appel à la technique... Pour des raisons autant politiques que pratiques, cette lettre "unique" s'est retrouvée déclinée en (presque) autant de sous-rubriques que de spécialités : Kc, Ke... Idem pour le Z, au départ réservé à l'imagerie et ultérieurement déclinée : Z1, Z2, Z3 ... Certaines spécialités, comme la chirurgie, ont longtemps cru -et donc exigé d'avoir "leur" lettre-clef spécifique, persuadées qu'elle leur vaudrait une meilleure reconnaissance financière. Chaque négociation tarifaire donnait donc lieu à des luttes d'influence dont la profession sortait rarement grandie... dès lors qu'elles ne restaient pas en coulisses. Dans le cadre de la CCAM les augmentations futures seront univoques, pour l'ensemble des disciplines.

Pour en arriver là, il va pourtant falloir envisager un délai, théoriquement de trois ans, donc avec échéance courant 2008.

Explications :

Par rapport à la NGAP, la CCAM fait des gagnants et des perdants, par spécialités entières -radiologie, gastro-entérologie, pour les perdants, ou chirurgie pour les gagnants- et, à l'intérieur d'une même spécialité- tel est le cas de la cardiologie-, des actes parfois gagnants, d'autres perdants... Donc potentiellement des cardiologues gagnants et d'autres perdants en fonction de leur pratique, de leur équipement ou de leur profil de clientèle. On n'évoquera ici que pour mémoire le cas de la cardiologie interventionnelle qui se retrouvait tellement perdante au jeu de la réforme que le syndicat a obtenu pour elle le "gel" pur et simple du processus en cours, le temps de diligenter des études complémentaires. On rappellera, pour la petite histoire, la singularité de spécialités telles que la rhumatologie, victime collatérale de baisse des actes de radiologie (alors que ceux de la discipline sont plutôt revus à la hausse) ou celles de l'ophtalmo, globalement gagnante... sauf pour ceux des siens qui pratiquent beaucoup de cataractes, acte assez largement décoté par la réforme.

La profession -et pour une fois ses interlocuteurs des Caisses, acquis à cette cause depuis l'accord du 10 janvier 2003- avait tellement conscience des risques encourus par la réforme en cas de pertes avérées par une spécialité dans son ensemble (ou sous-ensemble) qu'elle soutint le principe -osé à l'époque- que la réforme ne devait faire *"que des gagnants"*... en tout cas aucun perdant. Les Caisses mettaient au "pot" 180 millions d'€ sur ce seul principe, une sorte de prix à payer pour faire avancer la réforme. On notera que cette enveloppe s'ajoute à celle de 240 millions d'€ obtenus par voie conventionnelle par l'accord du 12 janvier dernier (JO du 11 février).

Autant le dire d'emblée, les 180 millions mis sur la table de la réforme ne suffisent pas à pallier l'ensemble des pertes des spécialités pénalisées par la réforme... Les projections réalisées par les économistes de la CNAM donnent à penser qu'il faudra encore plusieurs fois cette "mise" initiale. En d'autres termes, il faudra plusieurs exercices annuels pour amener l'ensemble des tarifs à la hauteur où les met la réforme de la CCAM. Une valeur que les négociateurs de la Convention appellent désormais *"tarifs cibles"*.

En d'autres termes encore -et pour respecter le principe selon lequel la réforme ne fait "aucun acte, ni aucune spécialité perdante", c'est-à-dire demeurent à leur tarif NGAP actuel- l'augmentation des autres, l'ensemble des actes gagnants, doit s'étaler sur trois ans... C'est ce qu'on appelle -l'image se passe de commentaire- le "lissage" des augmentations. Il n'a été rendu possible que parce que les Caisses se sont engagées à mettre chaque année 180 millions "au pot".

Une seule exception a été consentie à cette règle universelle : l'échographie obstétricale dont le tarif aurait dû rester "étale" pour les radiologues (au nom de la règle *"pas de spécialité perdante"*) et... augmenter pour les échographistes ou les gynécologues qui en réalisent une bonne part et pour qui le même acte était synonyme de gain... Les parties ont estimé, avec à-propos, que le moment n'était pas forcément venu de contraindre les radiologues à la désertion d'un acte déjà menacé par l'inflation de procès !

Il a également été acté par la négociation que l'enveloppe fléchée de 180 M€ annuels ne servira qu'à la CCAM sans exclusive des autres augmentations, dues au nom du respect des objectifs conventionnels de maîtrise. Concrètement, cela veut dire que les "autres actes" -ceux qui gardent aujourd'hui leur tarification NGAP- n'y sont pas condamnés pour 3 ans. Normalement, tous les actes devraient augmenter à la prochaine échéance tarifaire, de manière inégale en vertu des règles "gagnants/perdants" mais de manière pérenne selon les nouvelles règles conventionnelles actées par l'accord du 12 janvier qui a retenu le principe d'un rendez-vous tarifaire annuel.
On trouvera donc dans les pages suivantes la CCAM des actes de cardiologie assortis d'un "référentiel de prix" avec, selon les actes et leur nature "gagnant/perdant" :

- leur valeur au prix NGAP reconduit (pour un seul exercice),

- leur valeur au prix CCAM partiellement revalorisé (33,33 % de l'augmentation théorique). Et il nous faudra actualiser ce tableau d'ici l'année prochaine.

En route vers la CCAM des actes cliniques

S'il y faut un numéro spécial entier, c'est bien que cette CCAM des actes techniques s'avère compliquée à mettre en oeuvre. Dans leur sagesse, les négociateurs ont d'ailleurs opté pour la mettre sous surveillance intensive dans les premières semaines de son déploiement ; ce sera la mission d'un"Observatoire" dont nous reparlerons sous peu.

S'ils sont condamnés à la vigilance, les mêmes négociateurs le sont également à l'imagination car il leur faut maintenant inventer -obligatoirement avant la fin 2006 (et plus vraisemblablement janvier 2007)- une CCAM des actes cliniques, c'est à dire des consultations avec un enjeu financier dont on aperçoit bien l'ampleur : au moins 50 % des revenus de la moyenne des cardiologues. Sur le sujet, les positions de départ divergent : quand la Caisse nationale et son pôle-nomenclature soutiennent la même méthode scientifique que celle déployée pour la CCAM technique, le syndicalisme lui préfèrerait une voie plus pragmatique, fondée sur trois niveaux de consultations, accessibles -dans des proportions respectives à négocier- à l'ensemble des médecins, généralistes compris.

On aura compris que derrière cette divergence se dessine la place de la communauté universitaire que la CNAM souhaite fortement mobiliser quand le syndicalisme en ferait volontiers l'économie.

Comment se calcule désormais le prix d'un acte selon la CCAM ?

Désormais donc -et pour une durée qu'on espère longue (les quinquagénaires sont sans doute à l'abri de la prochaine réforme)- le mode de calcul des honoraires d'actes techniques obéit à une règle universelle : H (honoraire) = W (travail médical) x FC (facteur de conversion monétaire, négocié chaque année) + CP (coût de la pratique, estimé, revalorisé chaque année sur la base d'un indice encore à déterminer, sans doute celui de l'INSEE sur le coût de la vie). Explications.

En se lançant dans la réforme, la profession organisée espérait y trouver un outil aussi équitable (voir plus loin) que précis et évolutif pour permettre une remise à zéro annuelle des compteurs financiers et éviter les périodes telles celle qu'on vient de connaître avec 10 ans (voir 12 pour certaines spécialités) sans revalorisation aucune... L'équation garantissant ce singulier pari tient donc en une ligne :

$$H = W \times WCP \times FC$$

H étant la valeur tarifante de l'acte (l'honoraire) ; W le travail médical ("scoré " en nombre de "points ") ; FC le facteur de conversion monétaire (lui-même négocié chaque année par les parties à la Convention) et CP le coût de la pratique.

Si l'on trouvera facilement -ici et ailleurs- toutes explications sur W et FC, le coût de la pratique (CP) mérite encore quelques précisions. On a dit par ailleurs la précarité de son mode de calcul qui a été mené empiriquement sur la base de la situation actuelle avant d'être redressé pour s'insérer dans le cadre issu de la CCAM, c'est-à-dire le nombre de "points-travail" cumulés par tous les membres de chaque spécialité.

Il est aujourd'hui facile de calculer le prix de chaque acte dans la nouvelle CCAM -ce qui ne donnera d'ailleurs pas le vrai prix des actes revalorisés, lesquels ne sont crédités que du tiers de cette augmentation "cible" (voir par ailleurs)- et le tableau ci-contre y contribue sur la base de l'équation (autorisée) H = W + WCP x FC...

Mais cette équation est transitoire dans l'intérêt même du corps médical. Pratiquer de la sorte, c'est se condamner à voir l'ensemble des futures revalorisations assises sur la seule négociation du facteur de conversion monétaire (FC)... En tout état de cause, sur l'issue d'une négociation par nature incertaine, aléatoire.

La profession aurait intérêt à dissocier les deux composantes de l'équation : le facteur de conversion monétaire, d'une part, effectivement soumis à négociation en fonction des différents paramètres qui le conditionnent (et notamment le respect des objectifs de maîtrise), et d'autre part le coût de la pratique. Lequel est rigoureusement indépendant des capacités économiques des Caisses et pour lequel la profession a intérêt à soutenir le principe d'une indexation automatique (et garantie) sur un indice extérieur à la profession et, pourquoi pas, l'indice INSEE des prix ou l'un de ses composites ?

Cardiologie conventionnelle	actes de cardiologie conventionnelle	0,399
	échographies vasculaires	0,357

Cardiologie conventionnelle	actes de cardiologie conventionnelle	0,906

▶▶▶▶

L'exemple de l'épreuve d'effort

Dans l'ancienne nomenclature, l'épreuve d'effort était cotée K40 de façon globale, comprenant à la fois le travail médical et les charges ; selon la valeur de la lettre-clef, fixée par le RCM, son calcul se faisait donc de la façon suivante Kx40 = 1,92€ x 40 = 76,80 €.

Dans la CCAM, l'épreuve d'effort a été créditée d'un indice de point travail de 84 points(W) ; la valeur du point (FC) a été fixée à 0,44 €, soit un total de 36,96 € de "travail médical". S'y ajoute le coût de la pratique ainsi calculé : 84 x 0,399 = 33,52 €.

Ce qui donne au final : 36,96 + 33,52 = 70,48 €.

Comme il a été décidé qu'il n'y aurait pas d'acte perdant, il a été décidé qu'il conserverait sa valeur antérieure de 76,80 €. Seule la valeur du point travail fera l'objet d'une négociation annuelle. Le montant du coût de la pratique sera déterminé de façon "experte"… Comprenez sur la base d'études extérieures à la profession.

Comment coder en attendant le secours de l'informatique ?

Outre sa vocation tarifante, la CCAM a également une fonction de codage : c'est même à cette fin première qu'elle a été initialement conçue, manière de savoir précisément "qui fait quoi ?" en ville comme à l'hôpital. Le codage est donc l'outil de la maîtrise médicalisée... et donc des revalorisations de demain.

Le principe du codage finalement retenu est à portée d'un élève du secondaire, sa pratique assidue demandera en revanche un temps d'adaptation variable selon la pratique de chacun. Formellement c'est l'objet de ce numéro spécial du Cardiologue, appelé à demeurer sur le bureau des libéraux le temps de maîtriser la technique. Au-delà, on pourra le conserver à portée de mains mais son utilisation sera épisodique ou ponctuelle ; d'autant que les logiciels en usage dans la spécialité auront intégré les mêmes informations.
On peut aussi, lorsqu'on n'est pas trop rétif au "mulot", aller surfer sur les sites spécialisés ; ils sont au nombre de 5, sans compter celui de www.ufcv.org (voir encadré)

Les meilleures adresses du Web Pour trouver à la fois des informations générales sur la CCAM, ainsi que sur les libellés :

http://www.ameli.fr/, site de l'assurance maladie (rubrique nomenclature) qui, outre une présentation générale, livre des informations relatives aux libellés ainsi qu'au codage.

http://www.ccam.sante.fr/, site dédié du ministère avec un intéressant diaporama didacticiel.

http://www.csmf.org/ou http://www.umespe.com/, sites syndicaux qui expliquent à la fois les mécanismes généraux et, par système de mot-clés, le meilleur moyen de retrouver un libellé, son code et son tarif.

http://www.resipfse.net/ (filiale de CLM-Cegedim) qui propose, outre l'explication de la CCAM, un autre didacticiel (sous Flash)Si vous ne recherchez qu'un code, par chapitre ou par libellé, nous conseillons.

Pour l'immédiat -et pour les prochaines semaines- nous ne saurions trop recommander de vous munir d'une fiche manuscrite sur laquelle vous pouvez reporter les 10 actes, et donc les 10 codes d'actes, que vous pratiquez le plus souvent et qui, normalement, suffiront à vous acquitter de 90 % de vos nouvelles obligations.

Où vérifier que son logiciel de télétransmission est à la norme 1.4 ?

Simultanément au passage à la CCAM (les premiers éditeurs assurent qu'ils le sont déjà), il convient de s'assurer que votre logiciel de transmission de FSE (c'est parfois le même mais pas obligatoirement) est également agréé pour télétransmettre, selon la nouvelle norme en vigueur, la version 1.40 du cahier des charges Vitale. Tel est déjà le cas de Crossway Ville et Doc Ware 6 de la société BKL, MediPratik de la société Pratilog et FSE de la société Resip. Deux autres logiciels sont en cours de test : Acteur FSE.net de l'éditeur Aatlantide et Amies de la société Maidis. Pour connaître l'état du parc de logiciels agréés, une seule adresse : http://www.cnda-vitale.org/.

La règle de construction du codage repose sur 4 caractères alphabétiques, 3 caractères numériques qui constituent le " code principal " et 1 code d'activité :

▸ 4 caractères alphabétiques

-la première lettre sert à situer **l'appareil concerné,** D (coeur et gros vaisseaux) ou E (vaisseaux périphériques) dans le cas des cardiologues,
-la deuxième identifie **l'organe ou la fonction dans cet appareil.** Par exemple Z pour un cœur entier,
-la troisième caractérise **l'action.** Par exemple Q pour "mesure",
-la quatrième signe **la voie d'accès** ou **la technique utilisée.** Par exemple M pour "acte par ultrason".

DZQM… On vient ici de coder une échographie cardiaque trans-thoracique ! Le problème est que la CCAM recense pas moins de 10 échos trans-thoraciques qu'il convient donc de différencier, ce sera là le rôle du code consécutif à trois chiffres.

▶▶▶ Le secret des 4 caractères alphabétiques

1ère lettre : localisation par appareil

N°	Code	Chapitres
1	**A**	SYSTEME NERVEUX : CENTRAL, PERIPHERIQUE ET AUTONOME
2	**B**	OEIL ET ANNEXES
3	**C**	OREILLE
4	**D**	**SYSTEME CIRCULATOIRE Cœur, Gros Vaisseaux : D, Vaisseaux périphériques : E**
5	**F**	SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE
6	**G**	SYSTEME RESPIRATOIRE
7	**H**	SYSTEME DIGESTIF
8	**J**	SYSTEME URINAIRE ET GENITAL
9	**J**	ACTES CONCERNANT LA PROCREATION, LA GROSSESSE ET LE NOUVEAU-NE
10	**K**	SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME
1 1	**L**	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE
12	**L**	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET TRONC
13	**M**	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPERIEUR
14	**N**	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFERIEUR
15	**P**	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE CORPS ENTIER
16	**Q**	SYSTEME TEGUMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE
17	**Z**	ACTES SANS PRECISION TOPOGRAPHIQUE
18		GESTES COMPLEMENTAIRES
19		ADAPTATION pour la CCAM TRANSITOIRE, Suppléments, Modificateurs

2ème lettre : site anatomique ou fonction physiologique

CIRCULATOIRE : CŒUR ET VAISSEAUX	Code
Myocarde, cavités et cloisons cardiaques	DA
Valves cardiaques, endocarde	DB
Péricarde	DC
Artères coronaires	DD
Système de conduction de l'excitation du cœur	DE
Vaisseaux pulmonaires	DF
Aorte	DG
Veines caves	DH
Motricité cardiaque	DK
Cœur entier, cœur et gros vaisseaux, sans précision	DZ
CIRCULATOIRE : CŒUR ET VAISSEAUX	
Vaisseaux intracrâniens	EA
Vaisseaux de la tête et du cou, extracrâniens ou non précisés	EB
Artères des membres supérieurs et du thorax	EC
Artères abdominales et pelviennes	ED
Artères des membres inférieurs	EE
Veines des membres supérieurs et du thorax	EF
Veines abdominales et pelviennes	EG
Veine porte et ses branches	EH
Veines des membres inférieurs	EJ
Vaisseaux non précisés des membres supérieurs et du thorax	EK
Vaisseaux non précisés abdominaux et pelviens	EL
Vaisseaux non précisés des membres inférieurs	EM
Artères, sans précision	EN
Veines, sans précision	EP
Circulation sanguine	EQ
Vaisseaux sanguins, sans précision	EZ

3ème lettre : action

ACTIONS SUR LES DIMENSIONS		exemples
augmente	**A**	*dilatation, allongement*
diminuer	**B**	*comblement, contention, plicature*
ACTIONS SUR LES PARCOURS		
dévier, ouvrir, réunir	**C**	*artérialisation-microponctions-suture*
occlure	**S**	*ligature*
ACTIONS SUR LA POSITION		
Fixer	**D**	*contention*
Déplacer, replacer	**E**	*greffe-repositionnement*
Exciser	**F**	*exérése*
Enlever, évider, extraire	**G**	*ablation-curetage-avulsion*
Prélever	**H**	*biopsie, ponction*
Drainer, évacuer, nettoyer	**J**	*drainage-aspiration-détersion*
Retirer et remplacer	**K**	*remplacement*
Ajouter sans retirer	**L**	*pose, injection*
ACTIONS SUR LA NATURE		
Mettre en état de fonctionner	**M**	*confection, préparation,réglage,correction*
Faire disparaître	**N**	*abrasion, irradiation, radiofréquence*
Séparer les parties	**P**	*incision, débridement,décollement,dissection*
ACTIONS D'OBSERVATION		
Guider, enregistrer, examiner, mesurer	**Q**	*Repérage, acquisition données, exploration, quantification*
Eduquer, provoquer, rééduquer	**R**	*Entraînement, choc électrique, rééducation*

4ème lettre : technique

Abord ouvert	A
Accès transpariétal	B
Accès endoscopique transpariétal	C
Accès transorificiel	D
Accès endoscopique transorificiel	E
Accès intraluminal transpariétal	F
Acte par ultrasons ou remnographie avec accès autre qu'abord ouvert	J
Acte par rayons X, sans accès	K
Acte par agent ionisant	L
Acte par ultrasons, sans accès	M
Acte par remnographie, sans accès	N
Acte par autre moyen, sans accès ou non précisé	P

▸ 3 caractères numériques

Aucune logique à ce stade avec un nombre à trois chiffres, généré de manière aléatoire par un compteur, donc sans valeur significative et qui n'est là que pour différencier deux actes éventuellement nantis de la même racine alphabétique. Pas de moyen mnémotechnique pour mémoriser celui-là et chacun devra faire appel à sa mémoire pour coder la dizaine d'actes le plus souvent pratiqués. Les grincheux auront une pensée émue pour les radiologues à qui l'exercice est peu ou prou interdit avec une centaine d'actes pour représenter les mêmes 90 % d'activité. Pour eux décidément, hors l'informatique, pas de salut...

▸ 1 code d'activité

Ce caractère n'est là que pour différencier la spécialité du praticien, le plus souvent celle du chirurgien et de l'anesthésiste ; dans le cas du cardiologue, le code sera le plus souvent le "1".

▶▶▶▶

L'exemple de l'épreuve d'effort (suite)

Si l'on conserve l'exemple de l'épreuve d'effort, le codage est DKRP004 :

- D : coeur
- K : fonction (motricité cardiaque)
- R : action (éduquer, provoquer, rééduquer)
- P : technique (acte, par un accès non précisé)

Le 004 est le code numérique dont il a été affecté ; attention une dizaine de types d'épreuve d'effort sont identifiés par la CCAM

Les chapitres 18 et 19, "grandes nouveautés" de la CCAM

Jean-Pol Durand

Deux chapitres méritent une attention particulière en cardiologie :

-le chapitre 18*

liste les actes *"complémentaires"* qui ne peuvent donc être facturés isolément : on en trouve mention dans le référentiel reproduit plus loin, mais dans des libellés qui relèvent d'autres spécialités.
Exemple : échographie doppler per-opératoire du cœur (DZQJ002 + code activité = 2)
Nous reproduisons ceux des actes de ce chapitre qui sont spécifiques à la cardiologie.

-le chapitre 19*

traite des "forfaits" et *"suppléments"* de rémunération retenus dans la phase "transitoire" de la CCAM ainsi que des *"modificateurs"* ; c'est dire qu'il a vocation à disparaître lorsque la CCAM deviendra définitive.

Au nombre des forfaits intéressant la cardiologie -et pouvant, ou non, être associés suivant le libellé à un acte des 18 chapitres précédents- : le monitoring d'un (ou deux) malades hospitalisés (ancien K14 remplacé par YYYY001), le monitoring avec garde sur place (ancien K30, codé YYYY002). Un seul supplément est possible : sur l'ECG au domicile du patient (l'ex K5, devenu YYYY490).

Les modificateurs sont au maximum 4 dans le sous-chapitre des urgences ; 2 concernent la cardiologie : les actes réalisés en urgence nocturne (U) ou dominicale (F). Attention, la définition de l'urgence est commune, ainsi formulée : *"réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant […] pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles."*

On notera que l'urgence de nuit est mieux rétribuée que celle de week-end. Attention cette facturation n'est possible que le dimanche ou jour férié, donc… hors samedi après-midi.

Les critères d'âge, d'IMC, etc… un temps éligibles au statut de "modificateur", c'est-à-dire donnant lieu à surfacturation, n'ont finalement pas été retenus pour la phase transitoire. En revanche certains autres modificateurs ont été ajoutés, cumulables à des actes de radiologie notamment, correspondant à la reprise d'anciennes majorations NGAP. Seuls U et F intéressent directement la cardiologie.

La définition officielle du "modificateur"

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration de tarif. Les valeurs des modificateurs sont soit un pourcentage du tarif de l'acte […] (cas inexistant en cardiologie, Ndlr), soit un montant (dont la valeur est déterminée dans l'avenant conventionnel tarifaire) qui s'ajoute au tarif de l'acte. (article 8 des dispositions générales transitoires)

** Les chapitres 18 et 19 sont consultables à la fin des tableaux généraux*

Les dispositions générales transitoires de la CCAM

Vincent Guillot

Les dispositions générales de l'actuelle CCAM sont qualifiées de "transitoires" dès lors qu'elles ne sont plus tout à fait celles en vigueur sous l'ancienne NGAP et pas encore celles qui avaient été envisagées initialement. En fait elles ont été (très) fortement influencées par le souci des négociateurs conventionnels de ne faire ni acte ni spécialité perdant(e). L'édifice des associations d'actes a ainsi connu un sursis inattendu… et bienvenu pour les cardiologues.
Les dispositions générales transitoires reprennent des dispositions qui font ici l'objet d'articles particuliers sur le codage ou sur les modificateurs (chapitres 18 & 19). Nous commenterons ici deux dispositions particulièrement importantes : la notion "d'acte global" et les règles relatives aux " actes associés "

La notion d'acte global

Le fondement de la CCAM -qui n'a jamais varié depuis le début- est celui que ses concepteurs appellent la notion "d'acte global" : à chaque libellé d'acte correspond l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation "dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux règles de l'art". Un acte CCAM peut donc être à la fois un acte isolé, comme une série d'actes isolés qu'on appellera désormais "procédure".

Certains libellés de la CCAM peuvent aussi comprendre une activité interventionnelle et une activité d'imagerie alors que ces deux actes faisaient l'objet d'une cotation séparée par la NGAP. Dans sa phase transitoire, la CCAM du 25 mars a repris l'activité d'imagerie (chapitre 19) sous des codes particuliers (qu'on retrouve toujours avec le début de code générique YYYY…). Ce même chapitre 19 reprend également certains actes de l'ancienne NGAP qui avaient été intégrés dans d'autres libellés CCAM : surveillance en soins intensifs, …)
Au final, il convient de retenir cette définition de l'acte global qui comprend, pour le médecin qui le réalise des obligations :

- en pré-interventionnel : tous les actes habituels en lien direct avec l'intervention (sauf consultation initiale),
- la période "per-interventionnelle",
- la période "post-interventionnelle", pendant 15 jours en ce qui concerne les conséquences directement liées à la réalisation de l'acte.

> Code 1	100 %	L'acte dont le tarif est le plus élevé est facturé à taux plein
> Code 2	50 %	Facturation du second, à l'exception des gestes complémentaires, facturés à taux plein
> Code 4	100 %	Si le second acte est un acte de radiologie facturé à 100 %
Note : si le second acte est un supplément à 100 % (chapitre 18) ou un acte complémentaire (chapitre 19), ne rien coder, ni pour le premier ni pour le second		

Les règles d'associations d'actes

La notion d'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient et par le même médecin.
Les cumuls autorisés avec les consultations restent les mêmes que dans l'ancienne NGAP.
Les règles retenues sont les suivantes :

- actes réalisés dans le même temps

On notera ici que l'objectif des syndicats médicaux est d'obtenir, au terme de la période transitoire ouverte le 31 mars -c'est-à-dire lorsque la CCAM deviendra définitive- la possibilité de tarifer 3 actes à 75 % de leur valeur lorsqu'ils sont pratiqués par une voie (ou une technique) différente et à 50 % pour les actes effectués par une même voie (ou technique)

- actes réalisés la même journée

Si pour des raisons médicales, ou dans l'intérêt du patient (hors réanimation et soins intensifs cardiologiques), un médecin réalise des actes à des moments différents (non continus) de la même journée, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient tenu à la disposition du médecin conseil ; il doit alors indiquer un code "association" (5) sur le support de facturation.

Les règles d'incompatibilité

Les règles de construction de la CCAM aboutissent à un certain nombre d'incompatibilités entre actes, valables quel que soit le nombre d'intervenants. Il est par exemple impossible de facturer une association entre :
- des actes constituant des procédures,
- un acte incluant un autre acte et ce dernier,
- un acte libellé avec la mention "avec ou sans" un autre acte et ce dernier,
- des actes identiques (sauf sur la main),
- un acte diagnostique et un acte thérapeutique réalisés sur un même site anatomique par accès identique (lorsqu'elle est possible, elle est décrite par le libellé),
- des actes de remnographie (IRM).

Commentaires ▸▸▸▸

Les cardiologues, comme la plupart des médecins, ont plutôt tendance à se focaliser sur la valeur des actes dans la nouvelle classification commune des actes médicaux. La plupart ignorent ce qu'on appelle les dispositions générales. Pourtant, celles-ci sont capitales, car elles permettent de "mettre en musique" les différentes codifications. La plupart des litiges, dans l'ancienne nomenclature, portaient d'ailleurs sur l'interprétation des dispositions générales.

Le texte complet est un peu fastidieux (37 pages) et nous nous bornerons à exposer les articles qui peuvent intéresser les cardiologues en essayant de distinguer ce qui change par rapport à l'ancienne nomenclature.

Livre 1er Dispositions générales

Articles I-1 à I-3 :

Il s'agit de généralités sur l'utilité de la C. C. A. M. et les principes de son codage.

Article I-4 :

Il décrit en particulier les modalités de l'entente préalable. Il n'y a pas actuellement d'acte cardiologique concerné par cette formalité.

Article I-5 :

Chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu, ce qui n'est pas nouveau, mais les conditions en sont décrites de façon précise :

"Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie appropriée.
Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande."

Article I-6: Acte global

Cette notion d'acte global a été un important sujet de litige dans l'ancienne nomenclature.

La définition est devenue plus précise :

"Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.
L'acte global peut être un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante ou une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.
Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, la participation de chaque médecin est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité, et un tarif, qui ne peut être tarifé qu'une seule fois."

Comme dans l'ancienne nomenclature, le texte explicite la période que couvre l'acte global :

"Pour un acte chirurgical sanglant non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise :

- *pendant la période pré-interventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;*
- *la période per-interventionnelle ;*
- *la période post interventionnelle et, ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non."*

Deux différences :

- *la période post-interventionnelle est et de 15 jours au lieu de 20.*
- *Le concept de l'acte global est opposable uniquement au médecin qui réalise l'acte. C'est ainsi, par exemple, que l'on ne pourra plus contester au cardiologue de garde sa cotation de surveillance monitorisée au décours d'une angioplastie en prétendant qu'elle serait incluse dans celle de la dilatation comme cela s'est vu dans le passé.*

Article I-9 : Modificateurs

"Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation."

Le modificateur correspond en fait à une majoration tarifaire (cf. plus bas article III-2 du livre III). Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par actes.

Article I-11: Association

"Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes."

L'expression "même séance" de l'ancienne nomenclature dont l'interprétation a fait l'objet de nombreux litiges est remplacée par la formule "dans le même temps" qui est moins ambiguë.

Livre 3ème : Dispositions diverses

Article III-2

Cet article décrit les modificateurs et leurs codes. Seul le modificateur d'urgence concerne les cardiologues.

" Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles, à l'exclusion des forfaits de surveillance continue.

- *Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres la nuit entre 20 h et 08 h ; le code est U.*
- *Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F"*

Article III-3

Cet article reprend en gros les dispositions de l'article 11 de l'ancienne nomenclature, à la différence que l'on ne parle plus d'actes pratiqués "dans la même séance", mais "dans le même temps".

L'électrocardiogramme reste cumulable avec la consultation :

"Le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite."

La minoration de tarification de l'un des deux actes associés est identique (tout au moins pour la cardiologie) à la règle de l'ancienne nomenclature:

"L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein."

Une nouveauté :

"Si, pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et s'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical."

Cela signifie qu'il est bien établi que l'on peut coter à taux plein des actes pratiqués à deux moments différents d'une même journée, par exemple, un échocardiogramme puis une épreuve d'effort.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs

U	Acte réalisé en urgence par les médecins autres que pédiatres et omnipraticiens, la nuit entre 20h et 08h	25,15 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19.06 €

Annexe 2 : Règles d'association

"Cas général : L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein."

"Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et s'il facture ces actes à taux plein, le code association est "5" pour chaque acte."

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élévé	1	100 %
2ème acte	2	50 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

Cet article ne se veut pas exhaustif et peut paraître un peu ardu. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur ces nouvelles règles dans les numéros mensuels du "CARDIOLOGUE."

Comment remplir les nouvelles feuilles de soins : ne pas oublier le code activité !

Quand on sait coder (ou que son logiciel de cabinet y est… prêt), reste à éditer la feuille de soins. Ce n'est pas le plus difficile… quand on a appris. Normalement votre caisse primaire a dû vous doter de la nouvelle feuille de soins, le fameux S3110h (code Cerfa : 10441*04) et vous verrez passer, en clinique, le S3404, nouveau " Bordereau 615 " (code Cerfa : 12278*01) comportant des colonnes autorisant le codage (voir fac- similé) :

- une colonne "code des actes" à 7 caractères est donc à remplir, individuellement pour chaque acte en fonction des règles exposées en pages suivantes ;

- une colonne à 1 caractère est vouée au code dit " d'activité " qu'on pourrait aussi bien appeler " d'intervenant " pour un même code d'acte ; essentiellement deux chiffres à retenir : 1 pour le cardiologue (et d'une manière générale pour le spécialiste " auteur " majeur de l'acte) et 4 pour l'anesthésiste. Le cardiologue pourra éventuellement être appelé à coder également 2 s'il est le 2ème intervenant sur un acte chirurgical (cas d'une surveillance per-opératoire) ou 5 pour surveiller une CEC. Ce code d'activité figure dans le référentiel reproduit plus loin pour l'ensemble des libellés de cardiologie ;

- la colonne suivante est, classiquement, vouée à porter la lettre-clef des consultations et visites (attention, CsC est à porter dans la colonne suivante) :

- la colonne des "autres actes" s'est enrichie d'une nouvelle rubrique "Éléments de tarification CCAM" ; elle est à renseigner, essentiellement sur les éventuels "codes de modificateurs" ; en cardiologie, ceux-ci sont au nombre de 2, respectivement : U (pour les actes réalisés en urgence entre 20 h et 8 heures), F pour un acte réalisé en urgence, un dimanche ou un jour férié à inscrire dans la partie supérieure gauche de la colone,

- dans la partie droite de la même colonne doit éventuellement figurer le code d'association (aux conditions autorisées).

Exemple 1 — Consultation avec ECG en parcours de soins coordonné

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

Dates des actes	Codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. M2.D.	frais de déplacement I.K. nbre	frais de déplacement I.K. montant3
05092005	DEQP003	1			13,07				
05092005			CS	MPC	MCS 27,00				

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) : 40,07

Exemple 2 — Association d'un ETT et d'un ECG

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

Dates des actes	Codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. M2.D.	frais de déplacement I.K. nbre	frais de déplacement I.K. montant3
09092005	DZQM006	1		1	95,16				
09092005	DEQP003	1		2	65,53				

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) : 101,69

*Extrait Feuille de soins-médecin Cerfa N° 12541*01*

A titre d'exemple, la codification des actes les plus couramment pratiqués

Cotation	NGAP	Codification CCAM	Tarif
ECG	K 6,5	DEQP003	13,07 €
CS + K 6,5 + MPC + MCS		CS + DEQP003 + MPC + MCS	40,07 €
Holter ECG	K 40	DEQP005	77,01 €
ETT	KE 50	DZQM006	95,16 €
ETO	KE 60	DZQJ001	134,36 €
Echodoppler des TSAO (sans IMT)	KE 40	EBQM001	75,60 €
Echographie des TSAO + écho doppler des AMI	KE 60	EBQM002	113,40 €
Echodoppler des TSAO + écho doppler transcrânienne	KE 40	EBQM003	86,16 €
Echodoppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des MI	KE 40	DGQM001	76,16 €
Echodoppler des artères iliaques et des MI	KE 40	EQDM001	75,60 €
Echodoppler des veines des MS	KE 40	EFQM001	75,60 €
Echodoppler des veines des MI et des veines iliaques sans marquage cutané	KE 40	EJQM004	75,60 €
Epreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique	K 40	DKRP004	76,80 €
Epreuve d'effort avec MVO^2	K 40	EQRP002	86,62 €
Epreuve d'effort + MVO^2 + mesure des gaz du sang		GLRP004	110,88 €
Séance de réentraînement cardiaque et/ou vasculaire à l'effort sur machine	K 15	EQRP001	28,80 €
Echographie de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes, etc.	KE 20	YYYY172	37,80 €
VS + K6,5 + K5		VS + DEQP003 + YYYY490	43,25 € (+ ID)

Nouveaux honoraires conventionnels de consultations au 1er juillet 2005

Jean-Pol Durand

Ce numéro aurait été incomplet s'il ne s'était arrêté qu'aux seuls actes techniques, ignorant des nouvelles tarifications d'actes cliniques, consultations notamment ou de la toute nouvelle rémunération des gardes et astreintes. Rassurez-vous donc : … si vous avez aimé le codage et la cotation des actes techniques de cardiologie vous allez adorer les nouveaux tarifs de consultation !

Un point de pédagogie conventionnelle préalable. Depuis 1971 et la conclusion de la première convention nationale régissant les rapports des médecins libéraux avec l'assurance maladie, la question des tarifs a toujours été réglée par voie d'avenants. Plus ou moins réguliers, mais la tradition veut que chaque signature conventionnelle ait été simultanément honorée d'un avenant tarifaire. Ce fut encore le cas la dernière fois mais, pour des raisons budgétaires au demeurant parfaitement compréhensibles, l'augmentation des spécialistes -et partant des cardiologues- a été différée au 1er juillet. C'est pourquoi la grille tarifaire reproduite plus loin sur la valeur des actes selon le statut conventionnel n'est applicable qu'au 1er juillet.

La rétribution des gardes et astreintes a paradoxalement été décidée postérieurement à la signature conventionnelle mais s'est retrouvée opérationnelle dès la signature de l'avenant l'ayant introduit. Explication : en arrivant en 2002 avenue de Ségur, et alors qu'on sortait de plusieurs mois de grève des gardes des généralistes, Jean-François Mattei avait fait de la permanence des soins l'une de ses trois priorités. L'affaire aura traîné trois ans pour les généralistes, en attente d'un décret, mais ce retard aura finalement été profitable aux spécialistes qui se sont engouffrés dans cette "jurisprudence" tarifaire. L'indemnisation des gardes en USIC par les cardiologues est donc désormais fixée à 228,68 € par période de 12 heures, de nuit et de jour les dimanche et jour férié. Cette indemnisation est versée directement à chaque cardiologue par le biais d'un compte mandataire par la caisse-pivot dont dépend l'unité de soins. Pour obtenir cette indemnisation, chaque USIC doit se constituer en "réseau", formalisé par la signature d'un contrat avec l'URCAM comportant la liste des membres de chaque discipline (voir encadré), contresigné par le directeur de la clinique et le président de la CME.

Un tableau prévisionnel des listes de gardes -contresignées du directeur de la clinique et du président de la CME- doit être adressé mensuellement au directeur de l'URCAM pour ouvrir droit à indemnisation.

Un contrat à passer avec le directeur de l'URCAM

Le texte du contrat avec l'URCAM fixant les modalités d'indemnisation des gardes constitue l'article 8-10 de l'annexe de la Convention publiée au JO du 11 février dernier. Extraits :

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de soins intensifs cardiologiques prévue à l'article D. 712-117 du code de la santé publique :
Conclu entre :
- L'union régionale des caisses d'assurance maladie de……., ci-après appelée l'" union régionale des caisses d'assurance maladie ", D'une part, et
- Le réseau des médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-19 du code de la santé publique exerçant dans le cadre de l'unité de soins intensifs cardiologiques de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° …, ci-après appelé " le réseau ", D'autre part.
Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-119 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.
Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'article D. 712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.
En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.

▸▸▸▸ HONORAIRES applicables à compter du 1er juillet 2005

TARIFS DU SECTEURS 1				
	PARCOURS COORDONNÉ		HORS PARCOURS COORDONNÉ*	
Nature de l'acte	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte Consultant	C2**	40,00 €		
Acte Consultant avec ECG	C2**+DEQP003	53,07 €		
Consultation spécifique	CSC+MCC	48,00 €	CSC+DA	56,40 € arrondis à 57,00 €
Consultation avec ECG	CS+MPC+MCS+ DEQP003	40,07 €	CS+MPC+DEQP003+ DA	47,35 € et surtout pas d'arrondis
CS (Consultation Spécialiste)	CS+MPC+MCS	27,00 €	CS+MPC+DA	31,72 € arrondis à 32,00 €
Actes techniques		Tarif opposable		DA⩽17,5 %

*Tarification "Hors parcours coordonné" en secteur 1 : DA⩽17,5 % sur un maximum 30 % de l'activité.
**C2 : applicable à tous les spécialistes pour acte spécifique de consultant avec lettre du médecin traitant.

TARIFS DU SECTEUR 2 (OU DP) ADOPTANT L'OPTION COORDINATION				
	PARCOURS COORDONNÉ***		HORS PARCOURS *	
Nature de l'acte	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte Consultant	C2**	40,00 €		
Acte Consultant avec ECG	C2**+DEQP003+DM**	55,03 €		
Consultation spécifique	CSC+MCC	48,00 €	CSC+honoraires libres	45,73 €+? € (libre)
Consultation avec ECG	CS+MPC+MCS+ DEQP003+DM**	42,03 €	CS+DEQP003+ honoraires libres	36,07 €+? € (libre)
CS (Consultation Spécialiste)	CS+MPC+MCS	27,00 €	CS+honoraires libres	23,00 €+? € (libre)
Actes techniques		Tarif opposable + DM ⩽15 %		Tarif opposable+ Honoraires libres

***Option coordination en secteur 2 ou DP : DM =⩽15 % du tarif des actes techniques sur un minimum de 30 % de l'activité.
**C2 : applicable à tous les spécialistes pour acte spécifique de consultant avec lettre du médecin traitant.

TARIFS DU SECTEUR 2 (OU DP) SANS L'OPTION COORDINATION				
	Parcours coordonné		Hors parcours coordonné	
Nature de l'acte	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte Consultant	C2	Libre		
Acte Consultant avec ECG	C2+DEQP003	Libre		
Consultation spécifique	CSC	Libre	CSC	Libre
Consultation avec ECG	CS+DEQP003	Libre	CS+DEQP003	Libre
CS (Consultation Spécialiste)	CS	Libre	CS	Libre
Actes techniques		Libre		Libre

La grande nouveauté de cette convention, c'est qu'elle distingue désormais deux types de tarification, selon qu'il s'agit d'un acte pratiqué, ou non, dans le cadre d'un parcours de "soins coordonnés", c'est-à-dire piloté par le médecin traitant du malade.

Dans le cadre du parcours de soins, qu'advient-il des anciens actes ?

- la CS est portée à 27 € (en fait 23 + 2 + 2)

- la CsC est augmentée de 2,27 € (MCC) , histoire de renouer avec un chiffre rond et de porter la valeur de l'acte à 48 €.

Simultanément, sont modifiés deux actes, également accessibles dans le cadre du "parcours de soins",

- le C2+DEQP003 (53,07 €) dit "de cardiologue consultant" jadis réservé aux anciens internes et désormais étendu à tous les anciens CES,

- le CS + DEQP003, dit "de cardiologue correspondant" à 40,07 € et qui se décompose comme suit CS = 23 € + MPC = 2 € + MCS = 2 € + DEQP003 = 13,07 € .

L'acte de "cardiologue correspondant" est également accessible à ceux des confrères du secteur 2 selon deux modalités :

- soit ce dernier ne change rien à son statut, continue de tarifer comme par le passé (attention, tarif opposable DU SECTEUR 1 dans le cas de la CMU) et son malade est plus ou moins bien remboursé (selon le niveau contractuellement prévu par son assurance complémentaire) ;

- soit il opte pour l'option dite "de coordination". Il devra réaliser 30 % d'actes à tarifs opposables. Dans le cadre du parcours coordonné, ses consultations seront à tarif opposable mais il pourra dépasser de 15 % sur les actes techniques. En contrepartie, les Caisses paieront, à proportion, une partie de ses cotisations sociales …

Glossaire (attention autres codes pour les FSE)	
CS	Consultation Spécialiste
CSC	Consultation Spécifique de Cardiologie
MPC	Majoration Provisoire Clinicien 2 € en cours actuellement
MPC x 2	4 € pour les patients -16 ans à compter du 1er juillet 2005, **les patients -16 ans sont exclus du parcours de soins coordonnés**
MCS	Majoration de Coordination pour les Spécialistes = 2 € sur la CS à compter du 1er juillet 2005 dans le cadre de l'option du parcours de soins
MCC	Majoration de Coordination du cardiologue = 2,27 € sur la CSC à compter du 1er juillet 2005 dans le cadre de l'option du parcours de soins
DA	Dépassement Autorisé ("espace de liberté" en secteur 1 pour 30 % des actes hors parcours de soins avec une majoration maximale de 17,5 % des tarifs pratiqués en parcours de soins)
DM	Dépassement Maîtrisé (dépassement maximal de 15 % du tarif des actes techniques en secteur 2 pour 30 % des actes en parcours de soins).

Cumul des majorations :
DE+DA = NON
DE+MPC = NON
DA+MCS = NON
MPC+ MCS = OUI

Sommaire et mode d'emploi de la cotation en CCAM

On trouvera dans les pages suivantes l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques sur l'appareil circulatoire (chapitre 4), sachant que nous avons pris le parti d'exclure, pour des raisons d'encombrement et donc de lisibilité globale de l'ouvrage, tout ce qui relève de la chirurgie de la spécialité qui a ses propres circuits d'information.On trouvera également les chapitres 18 et 19 qui traitent des actes dits complémentaires et des forfaits et suppléments retenus dans la CCAM transitoire (voir page 17).

P. 26 **04.01 : Actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire**
Explorations électrophysiologiques P. 26
Etude des pressions et débits P. 26
Echographie P. 27
Radiographie P. 28
Scannographie P. 32
IRM P. 39
Scintigraphies P. 40
Epreuves fonctionnelles P. 40
Ponction, biopsie et prélèvement de l'appareil circulatoire P. 41

P. 41 **04.02 : Actes thérapeutiques sur le cœur et ses vaisseaux**
Valves cardiaques P. 41
Système de conduction de l'excitation du coeur P. 41
Péricarde P. 51
Rééduction cardiaque P. 52

P. 53 **04.03 : Actes thérapeutiques sur les artères**
Aorte thoracique P. 53
Artère pulmonaire P. 53
Tronc artériel brachiocéphalique P. 54
Artère carotide commune P. 54
Bifurcation carotidienne P. 55
Artère carotide interne extracrânienne et carotide externe P. 55
Artères intrâcraniennes P. 56
Artères du membre supérieur P. 56
Autres actes thérapeutiques sur les troncs supraaortiques P. 58
Aorte abdominale et artères iliaques commune externe P. 58
Artères digestives P. 61
Artère rénale P. 62
Artère iliaque interne [hypogastrique] et branches extradigesives de l'aorte abdominale P. 63
Artères du membre inférieur P. 65
Autres actes thérapeutiques sur les artères des membres inférieurs P. 67

P. 67 **04.04 : Actes thérapeutiques sur les veines**
Veines cervicocéphatiques et veines du membre supérieur P. 67
Veine cave supérieure P. 68
Veines du membre inférieur P. 68
Veine cave inférieure P. 69
Veine génitale P. 70
Veine rénale P. 70
Veine porte et veines digestives P. 71
Accès vasculaire veineux P. 71
Autres actes thérapeutiques sur les veines P. 72

P. 72 **04.05 : Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux**
Vaisseaux du cou et vaisseaux extracrâniens de la tête P. 72
Vaisseaux intracrâniens P. 72
Vaisseaux pulmonaires P. 73
Vaisseaux de la colonne vertébrale et de son contenu P. 73
Accès vasculaire pour circulation extracorporelle P. 74

P. 75 **04.06 : Autres thérapeutiques pour malformations congénitales**
Actes à l'étage atrial P. 75
Actes à l'étage ventriculaire P. 75
Correction des malformations congénitales de l'aorte P. 75
Interruption du conduit (canal) artériel P. 75

P. 76 **04. 07 : Assistance circulatoire**
Suppléance hémodynamique non mécanique P. 76
Assistance circulatoire mécanique P. 76

P. 76 **Chapitre 18 : Gestes complémentaires et modificateurs** P. 76

P. 77 **Chapitre 19 : Adaptations pour la CCAM transitoire** P. 77

SIGNIFICATION DES COLONNES. De gauche à droite :

Ligne : à utiliser pour un repérage personnel plus rapide

Code : comprend 7 caractères correspondant à la description du libellé

Libellé : c'est l'intitulé de l'acte auquel peuvent s'associer les codes en italique entre parenthèses décrits dans les articles 18 et 19.

Activité : écrire un seul chiffre de 1 à 5, 1 pour un seul intervenant, 5 pour la CEC

Phase : un seul chiffre, 0 (ne varie que lorsque l'acte comprend plusieurs étapes, souvent à des dates différentes)

Cotation NGAP : correspond à l'acte tel qu'il était coté en NGAP, utile pour repérer la correspondance NGAP/CCAM

Tarif : tarification en euros avec en orange les actes revalorisés en CCAM par rapport à la NGAP, les autres tarifs n'étant pas modifiés.